

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕЦИДИВЫ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Володькин В.В., Харкевич Н.Г.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

За многие годы существования герниологии предложены сотни различных вариантов пластики пахового канала, которые совершенствуются и по настоящее время. Однако ощутимого улучшения результатов хирургического вмешательства не отмечено. Частота рецидивов в неспециализированных отделениях составляет от 5 до 20 процентов [1]. Высокая частота рецидивов паховых грыж держит эту патологию в центре внимания хирургов до настоящего времени. Однако многие авторы причину рецидивов видят в технических погрешностях герниопластики, другие - анатомической предрасположенности паховой области, третьи - в ослаблении поперечной фасции, четвертые - в натяжении тканей и многие другие причины. На наш взгляд причину рецидива грыжи нельзя сводить только к техническим ошибкам и слабости поперечной фасции. Анатомическая предрасположенность возникновения паховой грыжи признается не всеми исследователями, так как она не учитывает микроморфологические и метаболические нарушения соединительно-тканых структур. Мы считаем, что причинные факторы приведшие изначально к грыжеобразованию, сохраняются и могут способствовать возникновению рецидива грыжи. Дальнейшие успехи в герниологии будут зависеть не только от новых конструктивных предложений технического характера, сколько от глубины исследования механизмов грыжеобразования на биохимическом и микроморфологическом уровнях, как нарушения процессов биосинтеза и метаболизма коллагена, эластина, нарушение окисления оксипролина и другие.

Цель исследования - изучить взаимосвязь микроморфологических нарушений в структурных образованиях паховой области с другими факторами, способствующими грыжеобразованию и рецидивам.

Материалы и методы Рецидив грыжи может возникнуть в различные сроки после операции. Около 40 процентов рецидивов наблюдается в первый год, 35-40% рецидивов впервые проявляются через 5 и более лет после операции.

Обследовано 503 пациента, которым выполнено грыжесечение в период с 1998 по 2003 год. Установлено, что у грыженосителей имеются морфологические нарушения коллагеновых волокон в структурных образованиях паховой области, свидетельствующие об изменении их механических свойств. У прооперированных по поводу грыжи пациентов в апоневрозе, поперечной фасции, поперечной мышце, грыжевом мешке интенсивность окрашивания коллагеновых волокон была уменьшена, по сравнению со здоровыми, упорядочность их расположения во многих участках терялась. Волокна были короткими, с хаотичным, бесструктурным расположением. Многие волокна находились в состоянии распада (коллагенолиза). Эти изменения более выражены в тканях пациентов с рецидивными паховыми грыжами. Деструкция коллагеновых волокон приводит к ослаблению каркасной функции брюшины, поперечной фасции, мышц, апоневроза и возникновению грыж[2].

Предположение о врожденной слабости структурных образований паховой области позволило предположить о возможной врожденной патологии соединительной ткани, её дисплазии. Синдром дисплазии соединительной ткани проявляется множественными клиническими признаками, ведущими из которых являются искривление позвоночника, астеническая форма грудной клетки, гипермобильность суставов, миопия, гиперэластоз кожи, недоразвитие козелка уха и многие другие фенотипические и функциональные отклонения. Мы задались целью выявить частоту встречаемости наиболее значительных клинических проявлений дисплазии соединительной ткани у грыженосителей. С этой целью нами обследовано 39 пациентов. У всех обследованных обнаружены проявления синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Наибольшее количество фенотипических признаков встречалось у пациентов с пахово-мошоночными грыжами и рецидивными[3].

До 2003 года в нашей клинике применялись в основном 3 способа пластики пахового канала: по Нихусу, Постемскому и Жирау-Спасокукоцкому со швом Кимбаровского. По Нихусу оперировано 257 больных, по Постемскому-235, по Жирау-Спасокукоцкому со швом Кимбаровского-11.

Процент рецидива грыж составил по Нихусу 7,3%, по Постемскому -4,8%, по Жирау-Спасокукоцкому-12%.

Начиная с 2005 года стали применять пластику паховых грыж по методу Лихтенштейна. Всего прооперировано 78 больных. У одного пациента был инфильтрат в области послеоперационного рубца, который прошел после применения антибиотиков и физиолечения. Других осложнений и рецидивов не было. Отказ от закрепления краев фасции и мышц на паховой связке создаёт так называемую «свободную от натяжения» адаптацию. Необходимо отметить, что в послеоперационном периоде с целью обезболивания больные получали ненаркотические анальгетики, болевой синдром был не выражен. Этот способ создаст оптимальные условия для закрытия грыжевого дефекта в паховой области.

Результаты и обсуждения. Как показали наши исследования, у пациентов с паховыми грыжами имеются микроморфологические нарушения в структурных образованиях паховой области: брюшине, поперечной фасции, мышце и апоневрозе. Многие коллагеновые волокна этих образований находятся в состоянии кол-

лаgenoлиза. Эти нарушения приводят к ослаблению каркасной функции перечисленных образований и возникновению или рецидиву грыжи.

Параллельно с этими нарушениями у грыженосителей выявлена врожденная патология соединительной ткани. Наибольшие нарушения фенотипических и функциональных отклонений встречались при рецидивных грыжах.

Наши предположения о взаимосвязи микроморфологических нарушений у грыженосителей с другими факторами, способствующими грыжеобразованию, оправдались. Как деструкция коллагеновых волокон, так и дисплазия соединительной ткани находятся в одной цепи патогенеза возникновения и рецидива паховых грыж. Чем больше выявлялись нарушения в структуре коллагена у пациента с грыжей, тем выраженнее определялись отклонения синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Анализ эволюции лечения паховых грыж свидетельствует о разработке сотен различных способов пластики пахового канала. Многие из них сложны и не дают гарантии от рецидива, который прослеживается при любом способе пластики. У каждого метода хирургического лечения паховых грыж имеется свой процент рецидива.

Подводя итог можно сказать, что множественное поражение соединительной ткани в организме, затрагивающее все системы и органы, является главным признаком синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани, фенотипических и функциональных отклонений. Фенотипические признаки данного синдрома могут быть использованы в клинике для диагностики предрасположенности к появлению паховых грыж, и, следовательно, открывается возможность её профилактики данных пациентов.

Выводы:

1. Идеального метода лечения паховых грыж до настоящего времени не найдено.
2. Лучшие непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения паховых грыж выявлены при пластике по Лихтенштейну.
3. Исходы лечения и рецидивы паховых грыж зависят от микроморфологических нарушений в структурных образованиях паховой области и проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани.
4. У пациентов с паховыми грыжами выявлена прямая взаимосвязь между выраженностью морфологических изменений коллагеновых волокон в структурных образованиях паховой области и количеством фенотипических и функциональных нарушений соединительной ткани.

Литература:

1. Deysine, M. Must we specialize. herniorrhaphy for better results? / M. Deysine, H.S. Soroff. // *Am. J. Surg* – 1990. – Т. 160. – С. 239-241.
2. Володькин, В.В. Макромикроскопические особенности паховой области и возможные причины рецидива паховых грыж / В.В. Володькин, О.Д. Мяделец, Н.Г. Харкевич // *Новости хирургии*. – 2006. – Т. 14., № 2. – С. 7-12.
3. Володькин, В.В. Фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани у пациентов с паховыми грыжами / В.В. Володькин, Н.Г. Харкевич, С.А. Сушков // *Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармакологии*. – Витебск, 2007. – С. 9-12.